

---

# **Evaluación Cumplimiento Objetivos de Calidad Asistencial**

## **Año 2019**

---

Centro Sanitario  
**Hospital General de Villalba**

Fecha: noviembre 2020

---

**Plan de Evaluación 2019-2020**

---

## Equipo de Evaluación

---

**Eva Anguita Ruiz**  
**Lourdes Pallarés Velarde**  
**Rosario Polo Rodríguez**

# Índice

---

	<u>Página</u>
1. Introducción .....	4
1.1. Justificación .....	4
1.2. Objetivos.....	4
1.3. Metodología y Actuaciones .....	4
2. Indicadores de Calidad .....	6
2.1. Desplegar la seguridad del paciente en la organización .....	6
2.2. Impulsar prácticas seguras .....	8
2.3. Mejorar la calidad percibida.....	10
2.4. Optimizar la atención al dolor .....	12
3. Conclusiones .....	14

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Justificación

---

*La Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria, dependiente de la D.G. de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente, coordina los objetivos de su competencia que con carácter anual se establecen para los diferentes hospitales de la red pública.*

*Se trata de objetivos que se traducen en una serie de indicadores o metas, cuyo cumplimiento verifica el Área de Evaluación Sanitaria, según figura en los vigentes Planes de Inspección de Sanidad, de la Dirección General de Inspección y Ordenación de la Consejería de Sanidad, de la que forma parte.*

## 1.2. Objetivo del Programa

---

*Verificar el cumplimiento de los objetivos de Calidad Asistencial en lo que se refiere a:*

- *Desplegar la seguridad del paciente en la organización*
- *Impulsar prácticas seguras*
- *Mejorar la calidad percibida*
- *Optimizar la atención al dolor*

## 1.3. Metodología y Actuaciones

---

Para la realización de este informe se ha procedido a analizar la documentación aportada por la Subdirección General de Calidad Asistencial y seleccionar las fuentes documentales que se iban a utilizar para verificar el cumplimiento de los objetivos.

Posteriormente se ha mantenido una conversación con la coordinadora de calidad del Centro, al objeto de acordar el envío de los documentos necesarios para la evaluación.

Por las especiales circunstancias epidemiológicas, se han restringido las comprobaciones mediante visita al Hospital, y observación directa.

La recogida de datos se ha realizado mediante intercambio de información y en la reunión virtual celebrada on line con la Responsable de Calidad.

## Entrevistas

---

Reunión virtual los días 11 y 12 de noviembre de 2020, mediante Microsoft TEAMS, con:

- Responsable de Calidad
- Jefe Asociada de Medicina Preventiva
- Directora de Enfermería
- Supervisoras de UCI y Hospitalización
- Analista Informático

## Análisis Documental

---

Soporte documental e informático especificado en los distintos apartados de este informe.

Análisis muestral de Historias Clínicas.

## 2. INDICADORES DE CALIDAD

### 2.1. DESPLEGAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN

#### 2.1.1. Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro.

- Nº de objetivos implantados en Seguridad del Paciente.....45
- Objetivos prioritarios:*
- Desarrollo de actuaciones para evitar o reducir prácticas innecesarias..... SI
  - Desarrollo de actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes ..... SI
  - Participar las Unidades de Gestión de Riesgos (UFGRS) en el estudio ESHMAD ..... SI
  - Elaborar mapas de riesgos en los servicios de urgencias ..... SI

#### Observaciones y Comentarios

**Meta:** Implantar, al menos, los objetivos prioritarios que le sean de aplicación:

- Evitar o reducir prácticas innecesarias.
- Desarrollo de actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes.
- Mapa de riesgos en urgencias.

Verificar el desarrollo de estos objetivos.

#### **Objetivos y Verificación:**

##### **1.- El desarrollo de actuaciones para reducir prácticas innecesarias, se comprueba :**

- Mediante el documento de presentación efectuado por el Servicio de Oncohematología para reducir la realización de biopsia escisional y sustituirlas por biopsia de aguja gruesa, técnica menos lesiva y mas rápida. Se compararon resultados antes y después de su implantación.

- A partir del documento de evaluación del objetivo puesto en marcha en el tercer trimestre de 2019 de no utilización de port-a-cath en hospitalización quirúrgica en pacientes portadores de este dispositivo, y sólo en pacientes sin acceso periférico.

##### **2.- El desarrollo de actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones se comprueba:**

- Mediante el documento de presentación realizado por la Dra. Rodríguez Vaquero para la puesta en marcha de un protocolo en el servicio de traumatología por el que se incluyen las imágenes de las escopias de quirófano en la historia clínica, con lo que se han reducido las radiografías postoperatorias.

##### **3.- Mapa de riesgos en urgencias.**

Se verifica la existencia de este documento.

## 2.1.2. Participación activa de directivos en reuniones o visitas a unidades: “Rondas de Seguridad”.

- Número total de Rondas de Seguridad realizadas ..... 7
- Número de rondas UCI ..... 1
- Número de rondas Bloque Quirúrgico ..... 1
- Número de rondas Radiología-Radiología intervencionista ..... 1
- Número de rondas Urgencias ..... 1
- Número de rondas otros servicios ..... 3
- Participaban miembros del equipo directivo..... SI
- Las Rondas están documentadas ..... SI
- Se han evaluado las medidas acordadas implantar ..... SI

### Observaciones y Comentarios

**Meta:** Hospitales del grupo 3: Ocho rondas.

Hospitales de los grupos 1 y 2: Siete rondas de seguridad:

Al menos una en: UCI/ Bloque Quirúrgico/urgencias/Rx-Rx intervencionista.

Hospitales de apoyo, Media estancia y Psiquiatría: Cinco rondas, en los de apoyo 2 en bloque quirúrgico, el resto en cualquier área.

Ha de tratarse de reuniones o visitas a unidades, con temática vinculada a la **seguridad del paciente**.

Debe participar algún miembro del equipo directivo (gerente, directores, subdirectores) o responsables clínicos.

Han de estar **documentadas** en acta o similar y haberse **evaluado las medidas** que a consecuencia de ellas se haya acordado implantar, al final del plazo establecido al objeto.

Hospitales grupos 1,2,3: **Verificar** las realizadas en Bloque Quirúrgico/UCI/Rx-Rx.intervencionista/Urgencias.

Resto: Las rondas realizadas.

#### **Verificación:**

Todas las rondas están documentadas con sus respectivas actas. Se verifican las del Bloque Quirúrgico de fecha 12/12/2019, la de la UCI de 10/12/2019, la del Servicio de Rx intervencionista de 10/10/2019 y la de Urgencias de fecha 31/10/2019.

En todas ellas se comprueba la participación de algún miembro del equipo directivo así como la evaluación de las medidas correctoras implantadas.

## 2.2. IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS

### Desarrollo de Seguridad en el Paciente Quirúrgico (cirugía segura LVQ e IQZ)

#### 2.2.1. Implantación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) (intervenciones programadas)

- Índice dado por hospital (nº intervenciones con LVQ/nº intervenciones estudiadas\*100) ..... 98,44%
- Número de intervenciones quirúrgicas estudiadas (muestra de nuestra evaluación) ..... 146
- Índice muestra (nº intervenciones muestra con LVQ/nºtotal intervenciones muestra\*100) ..... 99,3%
- El listado incluye un ítem de la profilaxis de enfermedad tromboembólica\* ..... SI

#### Observaciones y Comentarios

**Meta:** Alcanzada si  $\geq 95\%$

El listado tiene que incluir un ítem de la profilaxis de enfermedad tromboembólica, de acuerdo con el programa de cirugía segura del Sistema Nacional de Salud (<http://www.cirugiasegura.es/>)

**Verificación:** A través de una muestra de al menos 100 historias clínicas (mayo 2019)

De una muestra de 146 intervenciones quirúrgicas realizadas en el mes de mayo de 2019, se ha obtenido un porcentaje de implantación del LVQ del 99,3%, cifra superior al objetivo establecido.

El Listado incluye un ítem de la profilaxis de enfermedad tromboembólica.

#### 2.2.2. Adherencia a las medidas del proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ)

- Implantación de las medidas del proyecto IQZ:
  - En el listado de verificación quirúrgica\* se incluye la profilaxis antibiótica adecuada ..... SI
  - En el listado de verificación quirúrgica\* se incluye el pincelado con clorhexidina alcohólica 2% ..... NO
  - En el listado de verificación quirúrgica\* se incluye eliminación correcta del vello ..... NO
- \* O cualquier otro registro quirúrgico de uso en el centro (especificar en qué registro)
- Índice de adherencia por servicios: (nº servicios con las 3 medidas implantadas/ nº servicios en que resulta de aplicación\*100) ..... 100%

#### Observaciones y Comentarios

**Meta:** Deben figurar al menos las tres medidas.

**Si el LVQ no incorporase estas medidas, el centro debe objetivar como las cumple.**

El rasurado no se considera un método de eliminación correcta del vello. Sí lo es la depilación química o por medio de cortadoras de pelo.



**Verificación:** A través de una muestra de historias clínicas y si no fuera posible, solicitar informe al Hospital en el que justifiquen cómo lo han evaluado.

El ítem "profilaxis antibiótica" está incluido en el LVQ. Se revisaron 15 intervenciones (4 de cirugía de colon, 7 de prótesis de cadera y 4 de prótesis de rodilla), comprobándose su cumplimentación en la totalidad de los casos.

El ítem "pincelado con clorhexidina alcohólica al 2%" no está incluido en el LVQ ni en ningún otro registro. Según manifiestan se utiliza de forma sistemática siguiendo el protocolo "Uso adecuado de antisépticos" (última revisión marzo 2018).

El ítem "eliminación correcta del vello" está incluido en la aplicación B-Anesthetic de la Historia electrónica. Se revisaron 20 intervenciones (10 de Ginecología y 10 de Urología), comprobándose su cumplimentación en el 100% .

## 2.3. MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA

### 2.3.1. Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según encuesta de satisfacción 2018

- Número total de acciones de mejora implantadas..... 12
- Se ha realizado acción de mejora en Consultas Externas..... SI
- Se ha realizado acción de mejora en Hospitalización ..... SI
- Se ha realizado acción de mejora en Urgencias ..... SI
- Se ha realizado acción de mejora en Cirugía Ambulatoria ..... SI

#### Observaciones y Comentarios

**Meta:** Hospitales de los grupos 1,2 y 3: Implantar cinco acciones de mejora (al menos una en cada segmento, salvo que se justifique su no realización por satisfacción >95%, en cuyo caso se sustituye por otro segmento) con la participación del Comité de Calidad Percibida.

Hospitales de Apoyo y Media estancia: Tres acciones (al menos 1 por segmento)

Hospitales de Psiquiatría: Dos acciones (al menos 1 por segmento)

Hay que verificar al menos dos acciones de mejora seleccionadas por el equipo evaluador

#### **Acciones de Mejora y Verificación:**

**1.- Consultas Externas: Gafas virtuales a pacientes pediátricos en sala de extracciones para evitar la ansiedad en niños.**

Aportan fotografía de las mismas.

**2.- Hospitalización: Colocación de espalderas y escaleras en los pasillos del área de hospitalización para fomentar el ejercicio de los pacientes durante el ingreso.**

Se remite fotografía de ambas.

**3.- Urgencias: Cambio de señalética para mejorar la accesibilidad de los pacientes en el Servicio.**

Se visualiza fotografía de la nueva señalización y factura de la empresa que lo ha realizado.

**4.- Cirugía Ambulatoria: Decoración de sala de espera pediátrica en Bloque Quirúrgico.**

Se remite fotografía de la sala de espera.

### 2.3.2. Realizar Mapa de Experiencia del Paciente

---

- Se ha realizado Mapa de Experiencia del paciente.....SI
- Área asistencial en que se ha realizado el Mapa ..... Urgencias

#### Observaciones y Comentarios

**Meta:** Realización en el Área de Urgencias o en el área asistencial con menor valoración en la encuesta de satisfacción.

**Verificación:**

Aportan Documento gráfico en el que figura el "itinerario", "objetivo" y "momentos más importantes del paciente" en el Servicio de Urgencias.

## 2.4. OPTIMIZAR LA ATENCIÓN AL DOLOR

---

### 2.4.1. Medición del dolor en Servicios específicos

---

- Nº de pacientes de la muestra seleccionada entre los ingresados en UCI, Pediatría, Cirugía General, Traumatología y Obstetricia que tienen recogida en la historia la medición con una escala de valoración del dolor ..... 32
- Nº total de pacientes de la muestra UCI, Pediatría, Cirugía General, Traumatología y Obstetricia ..... 32

#### Observaciones y Comentarios

**Meta:** Alcanzada si es  $\geq$  al 90%, o el mejor de su grupo de hospitales.

Verificar la implantación en: UCI, pediatría, cirugía general, traumatología y obstetricia. Calcular el resultado individual por servicios y el global mediante muestra de pacientes de los 5 servicios.

Si no es factible por cualquier circunstancia, los servicios o unidades se elegirán por el equipo evaluador.

**Verificación:**

Se comprobó que en la totalidad de la muestra seleccionada de los pacientes ingresados el 12/11/2020, constaba el registro de la medición del dolor varias veces por turno.

## 2.4.2. Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Atención al Dolor

- Nº de líneas de actuación puestas en marcha..... 11
- Prioritarias:
- Coordinación con los referentes de Atención Primaria ..... SI
  - Promover la participación de los pacientes ..... SI
  - Estandarizar y difundir actuaciones en situaciones relevantes o pacientes vulnerables..... SI
- Realización en los 2 últimos años de una buena práctica ..... SI

### Observaciones y Comentarios

**Meta:**

*Hospitales de los grupos 1, 2 y 3: Cinco líneas de actuación (incluyendo las 3 prioritarias) y excelencia + Buena práctica*

*Hospitales de apoyo, Media estancia y Psiquiatría: Tres líneas de actuación (incluyendo prioritarias)*

*Verificar que se ha trabajado en las líneas prioritarias y que existe la ficha de buena práctica:*

**Líneas de Actuación y Verificación:**

**1.- Coordinación con los referentes de Atención Primaria:**

*Aportan el Protocolo de derivación desde Atención primaria a la Unidad del Dolor del Hospital, en el que se especifican los criterios de derivación para el dolor general, oncológico, lumbar, neuropático y general por fibromialgia.*

**2.- Promover la participación de los pacientes:**

*“Encuestas de dolor a pacientes intervenidos por COT”. Aportan presentación de los resultados de la encuesta de dolor a pacientes intervenidos por CMA en Traumatología.*

**3.- Estandarizar y difundir actuaciones en situaciones relevantes o pacientes vulnerables:**

*“Se forman grupos de psicoterapia estructurada semanales para pacientes con dolor crónico no oncológico en edad adulta (programa de ocho sesiones)”.*

*Se remite documento de presentación del documento de grupo terapéutico para pacientes con fibromialgia-dolor crónico en el servicio de salud mental del Hospital.*

**4.- Buena práctica: Escuela de prótesis.**

*Aportan la presentación en la que han participado profesionales de las áreas de Anestesia, Nutrición, Enfermería, Continuidad Asistencial y Trabajo Social, Traumatología, Rehabilitación y Fisioterapia y Admisión.*

## 3. CONCLUSIONES

### Indicadores de calidad asistencial

- ✓ EL HOSPITAL HA IMPLANTADO 45 OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. EL EQUIPO AUDITOR VERIFICÓ EL DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA REDUCIR PRÁCTICAS INNECESARIAS EN EL SERVICIO DE ONCOHEMATOLOGÍA. SE COMPROBÓ LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA PARA PROMOVER EL USO SEGURO DE RADIACIONES IONIZANTES Y SE VERIFICÓ LA EXISTENCIA DE MAPA DE RIESGOS EN URGENCIAS.
- ✓ SE HA CONSTATADO LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE MIEMBROS DEL EQUIPO DIRECTIVO Y LA EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS EN LAS RONDAS DE SEGURIDAD DE UCI, BLOQUE QUIRÚRGICO, RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA Y URGENCIAS.
- ✓ EL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA ESTÁ IMPLANTADO EN EL 99,3% DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS REVISADAS, CIFRA SUPERIOR AL OBJETIVO ESTABLECIDO EN ESTA EVALUACIÓN. INCLUYE EL REGISTRO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA Y ANTITROMBOEMBÓLICA.
- ✓ EL ÍTEM “ELIMINACIÓN CORRECTA DEL VELLO” SE RECOGE EN LA APLICACIÓN B-ANESTHESIC DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA. EL “PINCELADO CON CLORHEXIDINA” SE UTILIZA DE FORMA SISTEMÁTICA Y NO SE REGISTRA.
- ✓ DE LAS 12 ACCIONES DE MEJORA IMPLANTADAS COMO CONSECUENCIA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE 2018, SE REVISARON LAS REFERENTES A CONSULTAS EXTERNAS, HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS Y CIRUGÍA AMBULATORIA.
- ✓ SE HA REALIZADO MAPA DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN URGENCIAS, QUE SE VERIFICÓ CON LA APORTACIÓN DE DOCUMENTO GRÁFICO.
- ✓ SE HAN EVALUADO 32 HISTORIAS CLÍNICAS, COMPROBÁNDOSE QUE EL 100% DE LOS PACIENTES INGRESADOS TENÍAN RECOGIDA EN LA HISTORIA LA MEDICIÓN DEL DOLOR.
- ✓ DE LAS 11 LÍNEAS DE ACTUACIÓN PUESTAS EN MARCHA POR EL COMITÉ DE ATENCIÓN AL DOLOR, SE HAN VERIFICADO LAS TRES PRIORITARIAS EN LA EVALUACIÓN Y LA BUENA PRÁCTICA SOBRE “ESCUELA DE PPRÓTESIS”.